

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00027

## vom 27. Juli 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-07-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2006.00027](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2006.00027)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00027 du 27 juillet 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00027 del 27 luglio 2007

### Erwägungen

#### E. 1

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Februar 2006 sowie die Verfügung vom 18. Oktober 2005 seien aufzuheben und es sei die Leistungspflicht für die Behandlung durch Dr. Dr. A. \_\_\_ mit Aufenthalt in der F. \_\_\_ ab 3. März 2005 (inkl. Nachbehandlung) und prothetischer Rekonstruktion und aller damit im Zusammenhang stehenden Leistungen festzustellen und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die entsprechenden Kosten der Beschwerdeführerin zu vergüten bzw. die Leistungserbringer eventuell direkt zu bezahlen.

#### E. 2

Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung zurückzuweisen.

#### E. 3

3.1. Die Beschwerdeführerin stützt sich bei ihrer Leistungsablehnung im Wesentlichen auf die Stellungnahmen ihres Vertrauenszahnarztes Dr. B. \_\_\_ sowie auf den mit der Beschwerdeantwort eingereichten Röntgenbericht des C. \_\_\_ vom 28. Juni 2005 (Urk. 7/35). Bezüglich dieses Röntgenberichtes ist strittig und vorab zu prüfen, ob er in diesem Verfahren berücksichtigt werden kann (vgl. Urk. 10 S. 4).

#### E. 3.2

3.2.1. Auch für die Verwaltungsjustizorgane gilt ein Verbot der Verwertung rechtswidrig erlangter Beweismittel. Dieses Verwertungsverbot gilt allerdings nicht absolut: Nur wenn die Beweismittel nicht auch rechtmässig hätten beschafft werden können, ist deren Berücksichtigung untersagt. Diese Praxis wurde in BGE 109 Ia 244 ff. dahingehend ergänzt, dass rechtswidrig erlangte Beweismittel auch dann nicht verwertet werden dürfen, wenn bei ihrer Beschaffung ein Rechtsgut verletzt wurde, das im konkreten Fall den Vorrang vor dem Interesse an der Erforschung der Wahrheit und der Durchsetzung des Rechts verdient (BGE 120 V 439 Erw. 3b).

3.2.2. Nach Art. 84 KVG sind die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe, wozu auch die Krankenversicherer gehören, befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schätzenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz übertragenen Aufgaben zu erfüllen, namentlich unter anderem um Leistungsansprüche zu beurteilen sowie Leistungen zu berechnen, zu gewähren und mit Leistungen anderer Sozialversicherer zu koordinieren (Abs. 1 lit. c). Die Bearbeitung von Personendaten muss sich auf das beschränken, was zur Erfüllung der Aufgaben nötig ist; besondere Bestimmungen,

wie etwa Art. 42 KVG, haben Vorrang vor der allgemeinen Regelung (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichtes in Sachen Stadt Zürich vom 21. März 2007, K 12/06, Erw. 6.4). Nach Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner (d.h. im System des Tiers payant dem Versicherer) eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können (Art. 42 Abs. 3 Satz 1 und 2 KVG). Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen (Art. 42 Abs. 4 KVG). Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 bekannt zu machen (Art. 42 Abs. 5 KVG). Die Art. 42 Abs. 3 und 4 sowie Art. 84 und 84a KVG stellen eine formellgesetzliche Grundlage im Sinne von Art. 17 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) dar. Ist eine Datenbearbeitung nach diesen Bestimmungen rechtmässig, besteht kein Raum, sie gestützt auf das Datenschutzgesetz als unrechtmässig zu erklären (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichtes vom 21. März 2007 in Sachen Stadt Zürich, K 12/06, Erw. 6.4).

3.2.3 Die in Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG statuierte Auskunftspflicht der Leistungserbringer beinhaltet keine verfahrensrechtliche, sondern eine materielle Informationspflicht. Der Leistungserbringer hat der Verwaltung des Versicherers im Hinblick auf die Überprüfung der Berechnung der Vergütung und der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die medizinische Dokumentation in geeigneter Form zukommen zu lassen (vgl. daneben die Auskunftspflicht der Leistungserbringer gegenüber den Vertrauensärzten gemäss Art. 57 Abs. 6 KVG in Verbindung mit Art. 42 Abs. 5 KVG). Dabei richtet sich der Umfang der Auskunftspflicht danach, was der Schuldner für die Durchsetzung seiner Rechte (und der Pflicht zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 KVG) als notwendig erachtet (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen F. vom 18. Mai 2006, K 7/05, Erw. 4.2). Die Auskunftspflicht unterliegt freilich dem Verhältnismässigkeitsprinzip; sie kann sich sowohl im Lichte des Datenschutzrechts als auch unter Berücksichtigung der administrativen Belastung für den Leistungserbringer nur auf Angaben erstrecken, die objektiv erforderlich und geeignet sind, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungen überprüfen zu können (BGE 131 II 413 S. 418 Erw. 2.5). Immerhin muss dem Versicherer dabei ein gewisser Beurteilungsspielraum eingeräumt werden, auf welche Weise und mit welchen Angaben er diese Überprüfung vornimmt (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichtes in Sachen Stadt Zürich vom 21. März 2007, K 12/06, Erw. 6.5).

3.3 Aufgrund der Ausführungen der Parteien und der Akten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdegegnerin die Rechnung der Osteodensitometrieuntersuchung vom 28. Juni 2005 zur Leistungsabrechnung zugesandt worden ist. Im Zusammenhang mit der Prüfung der Rechnungskontrolle habe die Beschwerdegegnerin sodann den Bericht des C. vom 28. Juni 2005 eingeholt (vgl. Urk. 10 S. 4, 14 S. 3). Dieser Bericht lag dem Medizinischen Dienst der Beschwerdegegnerin - wie sich aus dem darauf angebrachten Stempel ergibt - bereits im Dezember 2005 vor, ohne dass er dem Zahnarzt Dr. B. für seine ergänzende Stellungnahme vom 15. Februar 2006 vorgelegt noch im Einspracheentscheid vom 28. Februar 2006 erwähnt worden wäre (Urk. 2; 7/28 und 7/29). Damit bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die

Beschwerdegegnerin den genannten Bericht erst im Zusammenhang mit dem vorliegenden Verfahren betreffend zahnärztliche Leistungen eingefordert hat, wie dies die Beschwerdeführerin geltend machen liess (Urk. 10 S. 4). Im Weiteren ist ebenfalls davon auszugehen, dass die Einforderung des Berichtes des C. \_\_\_ gestützt auf Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG verhältnismässig war und sich rechtfertigen liess, da für Knochendensitometrieuntersuchungen nach Ziffer 9.1 des Anhangs 1 zur KLV lediglich eine stark eingeschränkte Leistungspflicht besteht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu prägen bleibt damit, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt ist, diesen Bericht im vorliegenden Verfahren vorzulegen. Nach Art. 84 Abs. 1 lit. c KVG ist die Bearbeitung von Personendaten durch den Krankenversicherer unter anderem bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen zulässig. Die Personendatenbearbeitung lässt sich vorliegend damit einer im KVG verankerten Aufgabe zuordnen. Im Weiteren ist ohne weiteres davon auszugehen, dass der Bezug des Röntgenberichtes für die Beurteilung der vorliegend strittigen Leistungspflicht notwendig und zweckmässig ist und das erforderliche Mass nicht überschreitet (vgl. Art. 4 Abs. 2 DSG; Eugster, a.a.O., S. 627 Rz 693 und 695). Die im Zusammenhang mit der Prüfung einer ersten Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom Medizinischen Dienst eingeholte Information kann denn auch grundsätzlich zur Beurteilung einer weiteren Leistungspflicht verwendet werden. Dies stellt keine Überschreitung des Grundsatzes der Zweckbindung dar (vgl. Art. 4 Abs. 3 DSG; vgl. dazu Eugster, a.a.O., S. 627 Rz 695; Eugster/Luginbühl, Datenschutz in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, in: Datenschutz im Gesundheitswesen, Zürich 2001, S. 86; vgl. demgegenüber Urk. 10 S. 4). Die Vorlage des Berichtes des C. \_\_\_ vom 28. Juni 2007 ist damit als rechtmässig zu betrachten. Das Sozialversicherungsgericht ist zudem gestützt auf Art. 47 Abs. 1 lit. c ATSG ebenfalls zur Einsicht in die entsprechenden Unterlagen berechtigt. Da somit weder von der rechtswidrigen Erlangung (vgl. Art. 4 Abs. 1 DSG) noch von der rechtswidrigen Verwendung des Berichtes des C. \_\_\_ vom 28. Juni 2006 auszugehen ist (vgl. Art. 17 DSG), kann er für die Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

#### 4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1 Ä Ä Ä Ä Nach den Angaben von Dr. Dr. A. \_\_\_ im Schreiben vom 10. Februar 2005 (Urk. 7/1) bestand bei der Versicherten eine Atrophie im Oberkiefer beidseits sowie im Unterkiefer rechts. Im Oberkiefer bestehe eine seit Jahren höchst mobile ausgedehnte Kronen-Brücken-Rekonstruktion, welche aufgrund der Lockerung nur noch weichste Kost zulasse. Auf die Fragen des Krankenversicherers hin (vgl. Urk. 7/4) gab der Arzt und Zahnarzt an, auch wenn sich eine noch hochmobile ausgedehnte Brückenkonstruktion im Oberkiefer (Pfeilerzähne 15, 14, 13, 24) befinde, sei es in den umgebenden Alveolarfortsatzregionen zu einer starken Atrophie vertikal und bucco-oral gekommen, so dass Art. 17 Abs. 1 lit. c KLV zur Anwendung kommen dürfte. Die Cawood Klassierung beurteilte er mit III bis V (vor allem Oberkiefer Front und Oberkiefer Seitenzahnsegment). Nachdem die aktuell bestehende Situation über viele Jahre mit der anamnestisch mehrfach geäusserten Prognose "Zähne so lange wie möglich halten, dann Räumung und totalprothetische Versorgung" hingeschleppt worden sei, ständen ihm aus der Zuweisungspraxis keine Vorbilder zur Verfügung, welche zur Einsicht zugestellt werden könnten (Urk. 7/6; vgl. auch Urk. 7/7 und 7/8).

4.2 Ä Ä Ä Ä Nach durchgeführtem Eingriff führte Dr. Dr. A. \_\_\_ am 30. März 2005 aus, die intraoperativ vorgefundene Knochenqualität habe durchaus nicht der Norm

entsprochen, was im histologischen Befund von Prof. D. \_\_\_ mit "verstärktem Knochenumbau" bestätigt werde. Der Knochen im Oberkiefer habe eine "zwiebackähnliche" Konsistenz aufgewiesen und sei in der Bearbeitung äußerst delikat gewesen (Urk. 7/10). Die histologische Untersuchung des Probematerials des Oberkiefers links ergab vitales Knochengewebe mit Zeichen des verstärkten Umbaus mit dicken Zementlinien und herdförmiger Fibrose peripher. Bei der Probe aus dem Beckenkamm rechts zeigten sich die Knochenblöcke schmal und die Markräume unauffällig und es wurde das Vorliegen einer diskreten Osteoporose festgehalten (Urk. 7/10; vgl. die entsprechende Stellungnahme von Vertrauenszahnarzt Dr. E. \_\_\_, Urk. 7/12 und 7/13).

4.3 Am 28. Juli 2005 bestätigte Dr. Dr. A. \_\_\_ gegenüber der Beschwerdeführerin, dass bei ihr vorbestehende Magen-Darmprobleme (welche andernorts dokumentiert seien) bestanden hätten und die Prognose der Restbezahnung schlecht gewesen und deshalb der Entscheid getroffen worden sei, baldmöglichst in noch ordentlichem Allgemeinzustand den operativen Eingriff durchzuführen, um später zu erwartende weitere Magen-Darmprobleme zu vermeiden (Urk. 7/14).

4.4 Nach den Angaben von Vertrauenszahnarzt Dr. E. \_\_\_ vom 30. August 2005 geht aus allen Unterlagen hervor, dass die Versicherte schon lange mit ausgedehnter prothetischer Rekonstruktion versorgt gelebt hatte. Die Situation sei über Jahre hingeschleppt und die beweglichen Zähne seien erhalten worden, was zum Knochenabbau im Seitenzahnbereich geführt habe. Bezüglich Frontzahnbereich sei radiologisch ein Kiefersegment mit ausgeheiltem atrophiertem Knochen sichtbar, was eindeutig für eine Atrophie durch den Verlust der Knochenfunktion spreche (Urk. 7/17).

4.5 In seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2005 (Urk. 7/24; vgl. auch Urk. 7/23) gab der beratende Zahnarzt Dr. B. \_\_\_ an, die Feststellung des Schweregrades der Atrophie finde anhand des Röntgenbildes statt (Urk. 7/24 S. 1). Auf dem Orthopantomogramm vom 21. September 2004 sei der Oberkiefer in seiner Gesamtheit dargestellt. Rechts seien vier Zähne, links ein Eckzahn sowie zwei frische Extraktionsalveolen im Seitenzahngebiet erkennbar. Im unbezahnnten wie im bezahnnten oder prothetisch versorgten Bereich sei ein gleichmässiger horizontaler Knochenschwund zu sehen, welcher aber durchaus dem Alter der Beschwerdeführerin entspreche und insbesondere bei der Brückenversorgung und im unbezahnnten Bereich das ursprüngliche Niveau durchaus gehalten habe. Dazwischen fänden sich vereinzelte vertikale Einbrüche. Von einer schweren Atrophie des Alveolarfortsatzes, des zahntragenden Anteils des Kieferknochens, könne angesichts des Umstandes, dass der Knochen ja noch Zähne trage, nicht ausgegangen werden (Urk. 7/24 S. 1). Der histologische Befund, welcher vitales Knochengewebe beschreibe, zeige nicht das Bild, das auf eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems hinweise. Dies gelte auch bezüglich der Probe aus dem transplantierten Beckenkamm. Weder radiologisch noch histologisch könne die Diagnose einer schweren, osteoporosebedingten Atrophie des Oberkiefers belegt werden (Urk. 7/24 S. 2).

4.6 Der behandelnde Arzt und Zahnarzt Dr. Dr. A. \_\_\_ hielt am 28. Januar 2006 zu den Ausführungen von Dr. B. \_\_\_ fest, er könne die Stellungnahme von Dr. B. \_\_\_ inhaltlich nicht kritisieren. Alle Kommentare betreffend die Röntgenunterlagen müssten als korrekt beurteilt werden, aber die Betrachtung der Röntgenbilder sei zwangsläufig eine lediglich zweidimensionale: Auf keinem der durchgeführten Bilder könne die Breite des betroffenen Knochenareals beurteilt werden, d.h. ein Kieferkamm könne

sehr wohl annähernd normale Höhe aufweisen, jedoch extrem schmal sein und dann eine prothetische Versorgung oder eine mittels Implantaten sehr erschweren bis verunmöglichlichen. Zudem gehe der Bericht nicht auf das medizinische Problem der Beschwerdeführerin ein (Urk. 7/27).

4.7.1.1 Dr. B. \_\_\_ führte am 15. Februar 2006 dazu aus, es treffe zu, dass im Orthopantomogramm die Breite des Alveolarknochens im Gegensatz zu dessen Höhe nicht beurteilt werden könne. Reine Spekulation sei es hingegen, in dieser Dimension einen massiven Knochenverlust anzunehmen und daraus eine schwere Osteoporose abzuleiten (Urk. 7/29). Eine räumliche Beurteilung des Knochens wäre nur anhand einer klinischen Inspektion (anlässlich eines chirurgischen Eingriffes) oder mittels geeigneter bildlicher Darstellung (Tomogramm etc.) möglich. Entweder sei im Rahmen der Implantatversorgung im Mai 2005 das Anfertigen von zusätzlichen Unterlagen (Tomogrammen, CT's) aufgrund der Gesamtbeurteilung als überflüssig verworfen worden, oder es könne anhand solcher Unterlagen belegt werden, dass auch in der dritten Dimension genügend Knochen vorhanden gewesen sei. Es sei zudem möglich, Knochenaugmentationen intra operationem fotografisch zu dokumentieren. Derlei Bildmaterial wäre geeignet, die vorliegende Frage zusätzlich zu erhellen (Urk. 7/29). Falls im linken seitlichen Oberkiefer beim zahnlosen Knochen auch ein transversaler Knochenschwund stattgefunden haben sollte, sei dies, isoliert betrachtet, immer noch kein Indiz für eine Osteoporose. Erst im Verband mit einem eindeutigen histologischen Befund könnte eine stringente Diagnose gestellt werden. Dazu reiche das Ergebnis der histologischen Untersuchung von Prof. D. \_\_\_ bei weitem nicht aus (Urk. 7/29 S. 2).

4.8.1.1 Gemäss dem Röntgenbericht des C. \_\_\_ vom 28. Juni 2006 ergab die durchgeführte Osteodensitometrie eine Standardabweichung gegenüber dem alters- und geschlechtsnormierten Durchschnitt (Z-Score) von 1,85 und eine Standardabweichung gegenüber dem geschlechtsnormierten Durchschnitt von 30-jährigen von -1,35. Dies entspreche nach WHO-Gradient einer altersentsprechenden Osteopenie. Im zeitlichen Verlauf lasse sich sagen, dass die Versicherte einen normalen Mineralsalzgehaltverlust aufweise (Urk. 7/35).

## **E. 5**

### **5.1.1.1**

5.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin prüfte letztlich einzig, ob die streitige Behandlung als zahnärztliche Behandlung zu übernehmen ist. Eine leistungspflichtige zahnärztliche Behandlung liegt vorliegend dann vor, wenn die Behandlung durch eine Osteopathie der Kiefer bedingt ist (vgl. Art. 17 Abs. 1 lit. c Ziffer 3 KLV). Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob bei der Versicherten eine pathologische Atrophie von Ober- und Unterkiefer oder ob eine Osteoporose der Kiefer bestanden hat (vgl. Erw. 2.4).

5.1.2.1 Wie sich der letzten Stellungnahme von Zahnarzt Dr. B. \_\_\_ vom 15. Februar 2006 entnehmen lässt, lässt sich das Ausmass der bestandenen Atrophie des Alveolarknochens in der Breite und dies insbesondere im linken seitlichen Oberkiefer, wo lediglich noch ein Zahn vorhanden war, aufgrund der ihm zur Beurteilung vorgelegenen Röntgenbilder nicht abschliessend bestimmen. Diesbezüglich wäre seiner Ansicht nach weiteres, während den Operationen erstelltes Bildmaterial geeignet, die Frage zusätzlich zu erhellen (Urk. 7/29 S. 1 und 2). In Betrachtung der vor den operativen Eingriffen erstellten zweidimensionalen Röntgenaufnahmen schlossen weder Dr. Dr.

A.\_\_\_\_ noch die Vertrauenszahnärzte Dres. E.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ auf eine schwere, pathologische Atrophie im Sinne der Cawood-Klassierung VI (Urk. 7/6, 7/17, 7/24, 7/29). Dr. Dr. A.\_\_\_\_ führte zudem nach dem operativen Eingriff nicht ausdrücklich an, anlässlich der klinischen Inspektion im Rahmen der operativen Eingriffe habe sich ein deutlich erheblicherer Schweregrad als der von ihm im Bericht vom 24. Februar 2005 festgehaltene Cawood-Klassierung III-V gezeigt (vgl. Urk. 7/10, 7/14, 7/27, 7/29 S. 1). Damit ist nicht von einer extremen Atrophie auszugehen, welche eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auslösen könnte.

Die Schwere und die Art der Atrophie können aber zumindest Indiz dafür sein, dass sie durch eine Knochenerkrankung oder durch den Verlust der Zahnfunktion ausgelöst wurde. So schloss etwa Dr. E.\_\_\_\_ im Frontzahnbereich aufgrund des sich aus dem Röntgenbild ergebenden ausgeheilten atrophierten Knochens auf eine Verursachung durch den Verlust der Knochenfunktion (Urk. 7/17; vgl. demgegenüber Dr. B.\_\_\_\_, Urk. 7/29 S. 2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen K. vom 9. Juni 2004, K 93/03, Erw. 4.3). Schwere und Art der Atrophie können indes nur mit dem Beizug weiterer Unterlagen abschliessend bestimmt werden (vgl. Urk. 7/29).

5.1.3 Zu prüfen ist, ob die Versicherte an einer (anderen) Knochenerkrankung als einer pathologischen Atrophie leidet.

Der von der Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeantwort eingereichte Bericht über die Osteodensitometrie der Lendenwirbelkörper 3, 4 und 5 vom 28. Juni 2005 ergab das Vorliegen einer altersentsprechenden Osteopenie. Es lasse sich in der jetzigen Kurve sagen, dass die Versicherte einen normalen Mineralsalzgehaltverlust aufweise. Weitere Kontrolluntersuchungen seien nicht erforderlich (Urk. 7/35; vgl. auch Urk. 14 S. 2 f. und 18/1). Diese Untersuchung belegt damit zumindest keine pathologische Skelettarifizierung, die stärker ist, als es der Altersnorm entspricht (vgl. KVG-Atlas, S. 41). Demgegenüber hatte die histologische Untersuchung des Oberkieferknochens einen verstärkten Umbau mit Fibrose gezeigt und im Beckenkamm rechts war eine diskrete Osteoporose festgestellt worden (vgl. Urk. 7/10). Dr. Dr. A.\_\_\_\_ berichtete von einer intraoperativ vorgefundenen Knochenqualität, die durchaus nicht der Norm entsprochen habe (Urk. 7/10).

Zahnarzt Dr. B.\_\_\_\_ geht in seinen Beurteilungen davon aus, dass die Ergebnisse der nach seiner Ansicht letztlich ausschlaggebenden histologischen Untersuchung keine (schwere) Erkrankung des Knochens im Sinne von Art. 17 KLV belegten (Urk. 7/24 und 7/29). Wie genau der histologische Befund auszusehen hätte, damit eine Osteopathie des Knochens als ausgewiesen zu betrachten wäre, erläuterte er nicht näher. Seine Begründung in den erstellten Berichten ist nicht ausreichend nachvollziehbar um dem Gericht eine abschliessende Beurteilung zu erlauben. Aus diesem Grund und zur Beurteilung des mittlerweile vorliegenden weiteren Untersuchungsergebnisses der Osteodensitometrie bedarf es einer ergänzenden fachärztlichen Beurteilung (rheumatologisch oder internistisch), welche über das Vorliegen einer Erkrankung der Knochen im Kieferbereich Aufschluss zu geben hat (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen K. vom 9. Juni 2004, K 93/03, Erw. 4.3). Hierfür kann unter Umständen auch der Beizug oder das Anfertigen weiteren Bildmaterials erforderlich sein, welches - entgegen der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ - ebenfalls Hinweise auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Osteopathie geben kann (vgl. Erw. 5.1.2 und nachfolgend Erw. 5.4).

Ob die Versicherte an einer Osteopathie im Kieferbereich leidet ist somit unklar. Sollte dies bejaht werden, so müsste im Anschluss festgestellt werden, ob die Atrophie im Kieferbereich Folge dieser Erkrankung ist (vgl. dazu Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich in Sachen F. vom 26. August 2004, KV.2003.00048). Es müssen deshalb Unterlagen beigezogen sowie eine fachärztliche als auch eine ergänzende zahnärztliche Beurteilung eingeholt werden.

## 5.2

5.2.1 Zu prüfen ist indes vordem, ob die durchgeführten Behandlungen überhaupt als zahnärztliche Behandlungen zu qualifizieren sind, oder ob sie ärztliche Behandlungen im Sinne von Art. 25 KVG und als solche von der Krankenkasse zu übernehmen sind (vgl. BGE 128 V 146 Erw. 5).

Die im Vordergrund stehenden Kriterien für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sind der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung der Behandlung.

Stellt man zunächst auf den Ansatzpunkt ab, sind zahnärztliche Behandlungen - wie bereits gemäss konstanter Rechtsprechung zum bis zum 31. Dezember 1995 in Kraft gestandenen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KUVG) - grundsätzlich therapeutische Vorkehren am Kausystem. Darunter fallen die Behandlung der Zähne, des Zahnhalteapparates sowie die Behandlung an den Organbereichen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben (vgl. BGE 128 V 145 Erw. 4b/aa mit Hinweis).

Als weiteres entscheidendes Kriterium dient die therapeutische Zielsetzung, die sich danach bestimmt, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden soll (BGE 128 V 145 Erw. 4b/bb).

Das Eidgenössische Versicherungsgericht nennt zur Veranschaulichung einige Beispiele: Während etwa bei der Überkronung eines schadhaften Zahnes Ansatzpunkt und therapeutische Zielsetzung den gleichen Zahn betreffen, könnten sie auch verschiedene Bereiche erfassen. Eine Aufbisschiene beispielsweise, die nicht zur Verbesserung der Funktion der Zähne bei der Zerkleinerung der Nahrung, sondern zur Entlastung arthrotischer Kiefergelenke angebracht werde, setze zwar am Zahnapparat an, bezwecke aber die Therapierung der Kieferarthrose. In solchen Fällen werde im Allgemeinen der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht beizumessen sein, was bedeute, dass das Anbringen einer solchen Aufbisschiene als ärztliche Massnahme anzusehen sei. Umgekehrt liege eine zahnärztliche Behandlung vor, wenn sie die Zähne als solche oder ihre vordringliche Funktion zur Zerkleinerung der Nahrung (Verbesserung der Bissverhältnisse) betreffe. Daran ändere auch nichts, wenn der Ansatzpunkt der Behandlung im Kieferbereich ausserhalb des Zahnapparates und des Parodonts liege. Die therapeutische Zielsetzung, die auf eine Verbesserung dieser Funktion gerichtet sei, gebe den Ausschlag und mache die Behandlung zu einer zahnärztlichen (BGE 128 V 146 Erw. 4b/cc).

5.2.2 Beim Wiederaufbau der atrophierten Kieferareale durch autologe Knochentransplantate und anschliessender prothetischer Rekonstruktion über zahnärztliche Implantate handelt es sich um therapeutische Vorkehren am Kausystem (vgl. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen G. vom 21.

November 2001, K 113/99).

Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, neben der zahnärztlichen Zielsetzung habe auch eine ärztliche Zielsetzung, nämlich weitere Magenprobleme zu vermeiden beziehungsweise diese mittel- bis langfristig zu beseitigen, bestanden (Urk. 1 S. 6). Entscheidend dafür, ob von zahnärztlicher oder ärztlicher Zielsetzung auszugehen ist, ist, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden soll. Wie sich den Angaben von Dr. Dr. A. \_\_\_ vom 10. Februar 2005 entnehmen lässt, konnte die Beschwerdeführerin vor dem Eingriff nur noch weiche Kost essen (vgl. Urk. 7/1). Unmittelbare Zielsetzung des Eingriffes war damit, die Kaufunktion zu verbessern beziehungsweise wiederherzustellen. Dass mit der Behandlung beziehungsweise der Behandlungsart - dem Knochenaufbau mit anschliessender Einsetzung von Implantaten anstelle einer totalprothetischen Versorgung - auch weiteren Magenproblemen vorgebeugt werden konnte, war, dies ist dem Bericht von Dr. Dr. A. \_\_\_ vom 28. Juli 2005 zu entnehmen, lediglich mittelbare Auswirkung des Eingriffes (vgl. Urk. 7/14). Es ist deshalb aufgrund der Akten von einer zahnärztlichen Behandlung auszugehen (vgl. auch Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen C. und T. vom 26. Mai 2003, K 111/02, Erw. 3, in Sachen K. vom 26. August 2003, K 134/02, Erw. 4, in Sachen R. und D. vom 16. April 2003, K 129/02, Erw. 3.1 und in Sachen G. vom 21. November 2001, K 113/99).

5.3 Da konkrete Hinweise auf ein Zahnleiden im Rechtssinne bestehen, trifft die Beschwerdegegnerin und das Sozialversicherungsgericht eine Abklärungsspflicht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen K. vom 11. Juli 2006, Erw. 3.2; vgl. Urk. 6 S. 2 f.).

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer; vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69). Da die Sache nur ungenügend abgeklärt worden ist und sie nicht ohne Weiterungen erledigt werden kann, ist sie an die Vorinstanz zurückzuweisen. Es ist im Weiteren nicht davon auszugehen, dass nur ein Gerichtsgutachten zur Klärung des Sachverhaltes beizutragen vermöchte (vgl. BGE 122 V 163 Erw. 1d; Urk. 17 S. 3).

5.4 Vor Einholung der zusätzlichen Facharzt- und Zahnarztberichte (vgl. Erw. 5.1.3) wird die Beschwerdegegnerin bei den behandelnden Zahnärzten und Ärzten die für die vorliegende Streitsache massgebliche Krankengeschichte der Versicherten beizuziehen haben. Von zahnärztlicher Seite interessiert dabei insbesondere, wie viele Jahre der Zahnverlust zurückliegt und ob frühere Röntgenbilder noch zur Verfügung stehen, welche diesfalls beizuziehen wären (vgl. Urk. 7/6). Von ärztlicher Seite sind diejenigen Informationen zu erfragen, die im Zusammenhang mit der möglichen Osteoporoseerkrankung beziehungsweise der diagnostizierten Osteoporose stehen (vgl. Urk. 7/35). Bei dieser Gelegenheit kann ebenfalls noch ergänzend festgestellt werden, welcher Art die geltend gemachten Magen- und Darmprobleme der Versicherten sind und ob und wie diese im Zusammenhang mit den Zahnproblemen stehen. Von den durchgeführten kieferchirurgischen und zahnärztlichen Eingriffen ist vorhandenes Bildmaterial beizuziehen. Die Beschwerdeführerin lässt zwar geltend machen, diesbezüglich seien keine Bildunterlagen vorhanden, und auch die Beschwerdegegnerin geht vom Fehlen solcher Unterlagen aus (vgl. Urk. 1 S. 5 und 6 S. 2 f.). Selbst wenn dies

der Fall wäre, müssten zumindest Operationsberichte vorhanden sein, welche beigezogen werden könnten. Danach ist eine ergänzende fachärztliche (rheumatologische oder internistische) und eine zahnärztliche Beurteilung vorzunehmen, welche gegebenenfalls auch eine Untersuchung der Versicherten beziehungsweise, sofern notwendig, weitere und nach den erfolgten medizinischen Eingriffen überhaupt noch durchführbare (röntgenologische) Untersuchungsabklärungen einzuschliessen hat. Gegebenenfalls ist auch zur Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der gewählten Behandlung Stellung zu nehmen.

Die Beschwerde ist damit in diesem Sinne gutzuheissen.

## E. 6

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfolgung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Die Prozessentschädigung ist auf Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Februar 2006 aufgehoben und die Sache an die Wincare Versicherungen zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über ihre Leistungspflicht neu verfolge.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Wincare Versicherungen
- Rechtsanwalt Arthur Schilter
- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in

HÄnden hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.